Dr. med. D. Holtermann
Praxis für Lungenheilkunde • Allergologie • Schlafmedizin

Bergmannstr. 46
26789 Leer
Telefon: 0491-9279350
E-Mail: info@praxis-Holtermann.de

Kontrollfragebogen

Datum:

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Datenänderung?

Telefonnummer: **Hausarzt:**

E-Mail Adresse: **Krankenkasse:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an meinen Hausarzt oder andere mit- bzw. nachbehandelnde Ärzte weitergegeben werden. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen (Datenübermittlung nach § 73 Abs.1 b SGB V).

☐ Ich stimme zu.

Datum: Unterschrift:

bitte hier unterschreiben (am Bildschirm ausfüllen oder ausdrucken und handschriftlich unterschreiben)

Änderungen seit dem letzten Besuch in unserer Praxis

neue Beschwerden ☐ nein oder welche?

neue Erkrankung ☐ nein oder welche?

Krankenhausaufenthalte ☐ nein oder wo, wann, warum?

Operation ☐ nein oder wo, wann, warum?

Medikamentenänderung ☐ nein

wenn ja, was?

Medikament	morgens	mittags	abends

Impfungen (Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Grippe (Influenza) _____ (Jahr der letzten Impfung)
- ☐ Lungenentzündung (Pneumokokken) _____ (Jahr der letzten Impfung)
- ☐ Keuchhusten (Pertussis, DPT) _____ (Jahr der letzten Impfung)
- ☐ Corona _____ (Jahr der letzten Impfung)
- ☐ RSV (Respiratory Syncytial Virus) _____ (Jahr der letzten Impfung)

Rauchen ☐ ja ☐ nicht mehr ☐ noch nie

Wenn ja (oder nicht mehr): Beginn (Jahr): _____ ggf. Ende (Jahr): _____ Menge: _____ /Tag

Ihr Praxisteam dankt Ihnen für Ihre Mitarbeit.

nur vom Team auszufüllen

☐ Body	☐ BGA	☐ rö1	**Labor:**	**DMP:**
☐ Spiro	☐ Oxyergo	☐ rö2	☐ kl.BB,INR,PTT	☐ A
☐ Lyse	☐ +EKG	☐ Sono	☐ Diff-BB + Az	☐ C
☐ Diff	☐ Spiroergo	**Impfen:**	☐ Ges.-IgE	☐ neu
☐ Metacholin	☐ EKG	☐ < 60 Influenza	☐ Krea, TSH	**Termin:**
☐ P0,1/PI max	☐ Bel.-EKG	☐ > 60 Eflueldа	☐ U-Status	☐ PG
☐ FeNO	☐ 6´-Gehtest	☐ Prevenar 20	☐ sIL2R	☐ Broncho
☐ In-Check	☐ Nitrogabe	☐ Boostrix	☐ ACE	☐ CD brennen
☐ ACT	☐ RR nachmessen	☐ Arexvy	☐ Alere Triage	☐ Rp Milbenbezüge
☐ CAT		☐ COVID anmelden	☐ A1-AT	☐ Anwesenh.-Besch.
☐ peakflow		**ePA:**	☐ AlphaID	☐ HR-CT-Termin
☐ Inhalator		☐ gewünscht	☐ BNP	☐ CT-KM-Termin
		☐ nicht gewünscht	☐ Quantiferon	☐ NASA/COBRA
			☐ AT	☐ Nachschulung
				Kontrolle:
				☐ 3 Mo
				☐ 6 Mo
				☐ 12 Mo